

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 123

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE  
DU  
**DÉCIDUOME MALIN**  
OU CHORIO-ÉPITHÉLIOME

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Marc GERARD**

Né le 18 Juillet 1882, à Lyon,  
Licencié ès Sciences naturelles.



**LYON**

**A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ**

4, RUE GENTIL, 4

—  
Juillet 1909







FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 123

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

DÉCIDUOME MALIN

OU CHORIO-ÉPITHÉLIOME

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

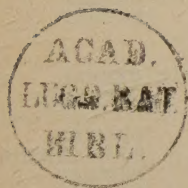
Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc GERARD

Né le 18 Juillet 1882, à Lyon,  
Licencié ès Sciences naturelles.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1909

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . . DOYEN.  
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.  
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

## PROFESSEURS

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | MM. LÉPINE     |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         | TEISSIER       |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .          | BARD           |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                         | PONCET         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . | JABOULAY       |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  | FABRE          |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                | NICOLAS        |
| Physique médicale . . . . .                               | PIERRET        |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               | WEILL          |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 | POLLOSSON (A)  |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   | CLUZET         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .    | HUGOUNENQ      |
| Anatomie . . . . .                                        | CAZENEUVE      |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 | BEAUVISAGE     |
| Physiologie . . . . .                                     | GUIART         |
| Pathologie interne. . . . .                               | TESTUT         |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .           | RENAUT         |
| Anatomie pathologique. . . . .                            | MORAT          |
| Médecine opératoire . . . . .                             | ROQUE          |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              | COLLET         |
| Médecine légale. . . . .                                  | PAVIOT         |
| Hygiène. . . . .                                          | POLLOSSON (M.) |
| Thérapeutique . . . . .                                   | ARLOING        |
| Pharmacologie . . . . .                                   | LACASSAGNE     |
|                                                           | COURMONT (J.)  |
|                                                           | PIC            |
|                                                           | FLORENCE       |

## PROFESSEUR ADJOINT

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| Physiologie, cours complémentaire . . . . .          | MM. DOYON |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS,  |
| Pathologie externe . . . . .                         | VALLAS,   |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | ROCHET.   |

## CHARGÉS DE COUR COMPLÉMENTAIRE

|                                        |                         |
|----------------------------------------|-------------------------|
| Propédeutique chirurgicale . . . . .   | MM. BÉRARD, <i>agré</i> |
| Propédeutique de gynécologie . . . . . | CONDAMIN, —             |
| Chirurgie infantile. . . . .           | NOVÉ-JOSSERAND, ag.     |
| Hygiène administrative . . . . .       | LESIEUR, —              |
| Accouchements . . . . .                | COMMANDEUR —            |
| Matière médicale . . . . .             | MOREAU —                |
| Embryologie . . . . .                  | REGAUD, —               |
| Anatomie topographique . . . . .       | PATEL —                 |

## AGRÉGÉS

| MM.           | MM.           | MM.            | MM.             |
|---------------|---------------|----------------|-----------------|
| BARRAL        | REGAUD        | J. LEPINE      | NOGIER          |
| SAMBUC        | COMMANDEUR    | LESIEUR        | MOUNEYRAT       |
| COURMONT (P.) | GAYET         | Etienne MARTIN | LATARGET, ch... |
| CHATIN        | MOREL         | LAROYENNE      | BÉRIEL, ch...   |
| VILLARD       | NEVEU-LEMAIRE | VORON          | BRETIN, ch...   |
| TIXIER        | PATEL         |                |                 |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), *Président*; BÉRARD, *Assesseur*;

MM. TIXIER et BÉRIEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

**A Mon Président de Thèse :**

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON



*A la veille de terminer mes études, je désire témoigner ma reconnaissance à ceux de mes maîtres qui m'ont montré de la bienveillance : à la Faculté des sciences, MM. les professeurs Depéret, Gérard, MM. les Maîtres de conférences Riche, Vaney, M. le chef de travaux Chifflet : à la Faculté de médecine, M. le professeur Auguste Pollosson, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, MM. les professeurs Maurice Pollosson, Nicolas, M. le professeur agrégé Tixier, M. le professeur Jules Courmont, qui en me recevant dans son laboratoire durant quatre années m'a permis d'apprendre les techniques de laboratoire et en particulier de la médecine expérimentale.*

*Je tiens enfin à remercier tout particulièrement M. le Dr Violet, chef de clinique gynécologique, qui m'a prodigué son temps et plus que de simples conseils dans l'élaboration de ce travail; qu'il soit assuré de ma reconnaissance.*

*Je remercie aussi M. C.-V. Louis, directeur du Service photographique de l'Université, pour les excellentes photographies qu'il a bien voulu me faire et qui complètent ce travail.*

---



## AVANT-PROPOS

---

Dans ce travail, nous avons eu pour but de présenter un nouveau cas de déciduome malin, maladie relativement assez rare, puisqu'il n'en a pas été observé de cas à Lyon depuis 1894. En même temps nous avons cherché à faire un résumé de l'évolution clinique de l'affection, en insistant sur sa symptomatologie, sur son traitement, en montrant que c'est probablement une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, mais que l'on néglige souvent de rechercher dans les suites de grossesse. Nous avons adjoint à ce travail deux bibliographies : la première n'ayant trait qu'aux publications françaises ; la seconde à toutes les publications étrangères depuis 1903 ; pour la période antérieure à cette date, il n'y a en effet rien à ajouter à la bibliographie de la thèse de Briquel.

---



# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DU DÉCIDUOME MALIN OU CHORIO-ÉPITHÉLIOME

---

## OBSERVATION

---

### Un cas de déciduome malin ou chorio-épithéliome.

Observation du service de la clinique gynécologique de la Charité, Lyon. Professeur, Auguste Pollosson. (L'observation a été recueillie par M. Grüber, et l'anatomie pathologique faite par M. Violet, chef de clinique.)

M<sup>me</sup> X..., vingt-neuf ans, a toujours eu une excellente santé. Réglée très régulièrement; on ne trouve chez elle aucune affection génitale antérieure. S'est mariée il y a un an. Enceinte au mois de juillet 1907. Au bout de deux mois de grossesse, vit apparaître quelques pertes sanguines sans autres phénomènes et vint à ce moment consulter M. Pollosson pour demander la signification de ces pertes inattendues.

L'examen révéla un utérus de grossesse, dont le volume correspondait à l'époque indiquée, sans rien d'anormal. On conclut tout naturellement à une menace d'avortement et l'on prescrivit le traitement usité en pareil cas : extrait thébaïque, repos au lit, surtout abstention de rapports sexuels, qui sont si souvent causes d'hémorragies. Les pertes s'arrêtèrent quelques jours, mais réapparurent bien-

tôt, devinrent de plus en plus abondantes et, au mois de novembre après quelques coliques utérines, la malade commença à expulser de gros débris de môle. De la fièvre apparut et la température atteignit 40 degrés. La malade, qui avait quitté Lyon, fit appeler un accoucheur; celui-ci constata la présence d'une môle, qui s'expulsait avec difficulté et, devant la température élevée, se décida aussitôt à une opération d'urgence; il pratiqua un curage digital et ramena une grosse masse molaire sans débris d'embryon. Aussitôt après cette intervention la fièvre tomba et la température revint à la normale; les hémorragies cessèrent et au bout de trois semaines, la malade se levait comme une femme ayant eu une simple fausse couche, ne se ressentant de rien. Pourtant, quand on raconta cette histoire d'avortement molaire à M. Pollosson, celui-ci mit en garde les parents de la malade contre les complications possibles d'une môle et insista sur la nécessité de surveiller ce qui se passerait ultérieurement; par mesure de précautions, la malade vint lui demander des examens successifs et ce sont ces observations régulières qui font justement le grand intérêt de l'histoire clinique de cette jeune femme.

Deux mois après, en janvier 1908, un premier examen montra un utérus petit, normal, avec col fermé. Le retour des règles s'était fait avec un peu de retard, mais sans rien d'anormal, qui pût attirer l'attention.

Venue à Lyon à la fin avril, M<sup>me</sup> X... prit la précaution d'un nouvel examen; elle ne souffrait de rien, aucune manifestation pathologique n'était apparue; s'observant fort bien elle disait pourtant que les règles, de la même durée qu'auparavant, étaient un peu moins abondantes, et un peu retardées; il y avait eu deux fois un retard de dix jours. Ces phénomènes n'étaient pas faits pour retenir grandement l'attention, aussi le Dr Pollosson fut-il très étonné de trouver au toucher une disposition inattendue: le col normal était fermé, mais au-dessus de lui on sentait deux masses juxtaposées, mais bien distinctes l'une de l'autre, et qui furent

interprétées l'une comme une tumeur représentant l'utérus à gauche, l'autre comme une tumeur représentant les annexes droites. A cause de ces dispositions anatomiques on conclut à un utérus un peu gros et à une salpingite, qui se rattachait assez logiquement à la température de 40 degrés observée au moment de l'avortement molaire.

De nouveau la malade quitta Lyon ; et M. Pollosson en eut les nouvelles suivantes : au cours du mois de mai survinrent quelques pertes blanches sous forme de sérosité et de glaires légèrement teintées en rose ; au milieu de mai quelques pertes correspondaient à l'époque menstruelle attendue, pas davantage ; après, réapparition des petites pertes rosées. Le 11 mai, la malade commença à souffrir de lancées aiguës dans les épaules, surtout à gauche, dans la poitrine, dans toute la cage thoracique, et les seins qui prirent une augmentation assez notable. Enfin dans les premiers jours de mai, étaient survenues également des douleurs en urinant, non pas comme des brûlures de cystite, avec mictions impérieuses et répétées ; la malade souffrait pendant tout le temps qu'elle urinait. Enfin, les médecins qui la soignaient et qui conservaient le schéma du dernier toucher pratiqué par M. Pollosson lui disaient que les choses avaient changé et devenaient beaucoup moins nettes et plus imprécises. Celui-ci demanda donc à revoir la malade qui revint se faire examiner aux premiers jours de juin.

A cette date, l'état général est excellent, c'est une jeune femme rose et fraîche, et dont l'apparence ne peut faire soupçonner en rien une lésion latente. Cependant le toucher donne des résultats surprenants, parce qu'il ne correspond plus du tout à l'examen précédent ni même à l'évolution ordinaire d'une affection gynécologique. Le col cette fois est entr'ouvert et admet l'extrémité de l'index, mais il est trop en arrière pour permettre une exploration. Immédiatement en avant sur sa lèvre antérieure on sent un petit noyau dur comme un myome et l'on aurait dit sans hésiter

qu'il y avait là un myome sans la notion que ce myome n'existait pas un mois avant. En avant de cette petite masse existe une tuméfaction molasse descendant sur la paroi vaginale à peu près jusqu'au méat urinaire, sous forme d'un cordon allongé. Par le toucher et le palper combinés on trouve une tumeur à limites imprécises avec de petites bosselures donnant la sensation d'un utérus molasse, irrégulier, difficile à limiter dans son étendue et dans ses bords; on peut dire seulement : tumeur utérine volumineuse. Enfin, dans le cul-de-sac latéral droit et comme enchâssée dans la base du ligament large, est une autre bosselure dure, une troisième tumeur.

Chez cette femme s'était donc fait en quelques semaines le développement de trois tumeurs tout à fait anormales; cette évolution singulière, la récapitulation des faits précédents, les révélations de ce dernier examen, amenèrent M. Pollosson à poser bientôt un diagnostic affirmé de tumeur maligne consécutive à une môle et donnant des noyaux de généralisation. Ajoutons que le toucher était devenu douloureux et que la pression de la paroi abdominale produisait également une réaction douloureuse.

L'intervention urgente pour tenter d'enlever la tumeur et ses noyaux de généralisation est décidée et pratiquée le lendemain.

Incision transversale de Pfannenstiel. Dès l'ouverture, le diagnostic est confirmé et l'on voit apparaître un utérus gros comme un poing avec sa teinte rosée sur laquelle tranche, faisant saillie de sa face antérieure, une tumeur rouge, arrondie de la grosseur d'une mandarine. L'utérus et cette tumeur mollasse ne donnent pas de prise solide; il est impossible de placer une pince de traction pour amorcer l'hystérectomie, et on est obligé d'extraire l'organe et de le soutenir avec les mains, ce qui complique déjà beaucoup ce premier temps opératoire; le dégagement complet ne s'obtient qu'après l'incision du Douglas comme dans la méthode de Doyen. On arriva finalement à extirper l'uté-

rus après avoir vu les deux uretères, la dissection de ce conduit étant méthodiquement imposée à droite par l'existence du noyau intra-ligamentaire du volume d'une noix au moins. Avec la masse enlevée ne vint qu'une partie du noyau vaginal qui se déchira pendant les tractions.

La portion restée en place fut amenée par une reprise secondaire, faite par le vagin, qui permit de laisser la paroi vésicale et urétrale intactes; notons ici l'aspect très particulier de ces noyaux vaginaux apparaissant comme des points noirâtres dont la couleur transparaisait à travers la muqueuse encore intacte. On laissa une compresse péritonéo-vaginale. Péritonisation complète et fermeture de la paroi.

Les suites immédiates furent inquiétantes tout d'abord; la malade fut gênée par le tamponnement qui dut être enlevé pour permettre le cathétérisme vésical. La température monta à 39°6 et le pouls s'éleva à 150; mais après l'ablation du tamponnement, la température baissa rapidement, le pouls revint à la normale, la malade fit des gaz, et la guérison opératoire s'acheva sans autre incident. (L'élévation de la température et la rapidité du pouls notées après l'opération ne semblent pas dues à une infection secondaire d'origine utérine, car la tumeur n'était pas ulcérée; peut-être cette symptomatologie est-elle due à des phénomènes de résorption toxique post-opératoire provenant de la tumeur.)

Actuellement Mme X... se trouve dans un excellent état de santé, c'est-à-dire environ un an après son opération.

#### **Anatomie pathologique macroscopique.**

1° *Examen externe de la pièce. Utérus.* — Utérus gros: 10 centimètres de tour. Sur la face antérieure à 2 centimètres du fond on trouve, faisant un relief de 2 ou 3 centimètres, une masse rouge noirâtre, formant comme un champignon étalé dont la surface d'implantation est large

comme une pièce de 5 francs. Cette tumeur s'évase à partir de son pédicule en champignon, elle est bosselée, irrégulière, lisse partout, non ulcérée. Elle est distante latéralement des insertions tubaires de 2 centimètres environ. Elle repose sur une tuméfaction de cette paroi antérieure de l'utérus, bombant latéralement à droite et faisant une saillie de la grosseur d'une grosse orange. Toute cette surface est molle, friable, saignant facilement.

2° *Examen de la cavité utérine.* — Du côté de la cavité, celle-ci étant ouverte sur la face postérieure, on trouve que sur la face antérieure est implantée une tumeur du volume d'une moitié de mandarine. Cette tumeur faisant saillie de 1 ou 2 centimètres, présente une surface rouge vineuse à la périphérie, noirâtre au centre, lisse, nullement ulcérée, développée comme une saillie, comme un épaississement de la paroi interne. Au niveau de l'union de la muqueuse normale et de la tumeur, on ne trouve aucune limite tranchée.

3° *Examen de la tumeur utérine.* — La pièce ayant été durcie au formol, est ouverte quelques jours plus tard : à la coupe, on constate que la tumeur extérieure qui fait saillie sous le péritoine, et que la tumeur intérieure qui fait saillie sous la muqueuse font partie d'une même masse, qui s'étend de la muqueuse au péritoine sur une étendue de 6 centimètres et une hauteur de 6 centimètres. La masse néoplasique a donc traversé toute la paroi antérieure. A ce niveau le muscle a disparu ; il est remplacé par une masse fibrineuse, friable, çà et là tachetée, truffée par des infiltrations hémorragiques anciennes ; la tumeur tranche nettement d'avec le tissu sain ; le muscle présente son aspect et sa consistance normaux ; dans la partie inférieure il existe encore une petite capsule de muscle utérin, mais dans la partie supérieure, comme on peut le voir dans la photographie, la tumeur fait hernie à

travers la paroi utérine, et il est difficile de dire si le péritoine repoussé est intact à la surface de la tumeur.

4° *Examen du noyau vaginal.* — Epithélium normal, intact, d'aspect brun-noirâtre ; à la coupe, on a l'impression d'un caillot ancien.

5° *Examen du noyau intra-ligamentaire droit.* — Du volume d'une noix, à la coupe quatre petites cavités remplies par une matière friable se détachant facilement et rappelant de tous points le placenta.

6° *Trompes et ovaires.* — Trompes ouvertes, normales ; ovaires de femme jeune, parsemés de petits kystes.

#### **Anatomie pathologique histologique.**

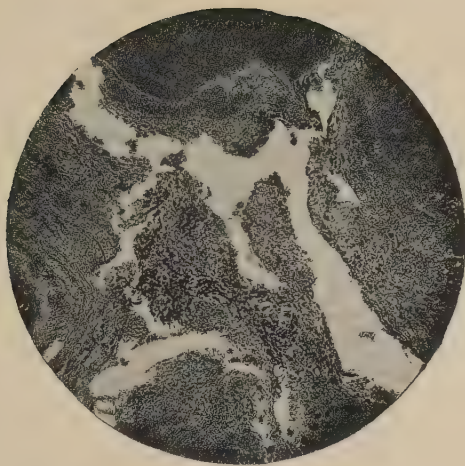
1° *Tumeur primitive utérine.* — Le fragment de la tumeur prélevé pour l'étude histologique a été pris sur le noyau externe de la tumeur directement sous le péritoine. A l'examen microscopique, on reconnaît une bande de tissu conjonctif formant un liséré très mince, infiltré de cellules jeunes, qui correspond au péritoine et au tissu cellulaire sous-péritonéal. Dans la partie interne de la coupe, on tombe en pleins foyers hémorragiques : ce sont des débris fibrineux emprisonnant quelques globules blancs, ou bien des hémorragies récentes où on reconnaît nettement des globules rouges ; au milieu de ces infarctus récents formés de globules rouges, on voit de loin en loin des cellules ayant pris fortement l'hématéine, qui paraissent formées uniquement par des noyaux ; ces cellules sont beaucoup plus volumineuses que les globules blancs, ou que les cellules migratrices.

Sur le côté externe de la préparation, on reconnaît nettement le tissu musculaire utérin, suffisamment intact ; on

dirait que les cellules musculaires sont en partie hyperplasiées; entre les fibres musculaires, il existe de nombreux petits amas de cellules rondes traduisant une inflammation récente; à l'union du muscle et des amas fibrineux, on aperçoit des formes de dispositions cellulaires caractéristiques. En un point, on voit de grosses cellules épithéliales disposées par cordons pleins, irréguliers, déchiquetés, baignant dans du sang ou dans des coagulations fibrineuses, ou bien infiltrant le tissu de voisinage par des prolongements. Au contact de ces formations épithéliales, les cellules musculaires disparaissent, perdent leur noyau et ne sont reconnaissables qu'à leur protoplasme prenant fortement l'éosine.

A un fort grossissement, ces formations épithéliales paraissent formées de deux sortes de cellules; les unes, les plus nombreuses, présentent un protoplasme clair, un noyau volumineux, avec plusieurs nucléoles; ces grosses cellules sont disposées en boyaux un peu irréguliers, mais presque partout elles paraissent bordées par de plus grosses cellules à protoplasme trouble, prenant fortement l'éosine et où on découvre jusqu'à 4 ou 5 noyaux; en plusieurs points, ces dernières formations épithéliales apparaissent seules, et l'on voit dans un foyer hémorragique comme une grosse plaque protoplasmique colorée par l'éosine, dans laquelle on ne saurait distinguer le contour cellulaire, et où on voit jusqu'à 50 noyaux irréguliers et de volume variable. La réaction tinctoriale de ces masses protoplasmiques multinucléées n'est pas du tout la même que celle des cellules à protoplasme clair.

2° *Noyau vaginal*. — On constate au microscope une bordure épithéliale pavimenteuse, absolument intacte. Tout contre l'épithélium, au niveau des papilles dans le chorion sous-jacent, existe une grosse hémorragie récente, dissociant les éléments musculaires et fibro-conjonctifs. Plus profondément, on reconnaît les fibres musculaires longitudinales



COUPE ANTÉRO-POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS  
COUPE HISTOLOGIQUE 250 D. ENVIRON

(Clichés du Service photographique  
de l'Université de Lyon.)



à peu près saines, puis celles-ci sont interrompues par le foyer hémorragique.

Au point de l'interruption des fibres, on voit des formations épithéliales groupées d'une façon assez dense en certains points, formant des infiltrations diffuses, constituées çà et là par de grosses cellules syncytiales d'aspect multinucléé. L'aspect de ces cellules épithéliales à ce niveau est bien moins net qu'au niveau de l'utérus et certainement, dans ce point-là, on ne ferait pas le diagnostic histologique de la tumeur. Au-dessous, c'est toujours le même aspect, avec de gros foyers hémorragiques, la thrombose des vaisseaux, et des déchets cellulaires considérables. En un point, assez voisin de la surface épithéliale du vagin, on trouve en plein foyer hémorragique un boyau épithélial beaucoup plus net, à formes cellulaires mieux différenciées. En ce point aussi, on dirait qu'il existe un cordon plein, logé dans un vaisseau à endothélium net.

3° *Noyau intraligamentaire*. — Malgré de nombreuses coupes, on n'a pu trouver que des débris de fibrine ancienne sans aucune formation épithéliale maligne, mais cela s'explique peut-être par la friabilité de ces tissus très difficiles à inclure et à couper.

4° *Ovaires*. — Follicules normaux ; pas de trace de généralisation.

---



## CHAPITRE PREMIER

### DÉFINITION DU DÉCIDUOME MALIN OU CHORIO-ÉPITHÉLIOME PATHOGÉNIE ET HISTORIQUE

« Sous le nom de déciduome malin, ou de chorio-épithéliome, on désigne une variété de tumeur de l'utérus, d'allure clinique extrêmement maligne, et dont la genèse est intimément liée à l'évolution d'une grossesse. » (Pozzi)

Le déciduome malin est en effet une tumeur qui reconnaît toujours comme cause initiale, une rétention placentaire, constituée par des débris de villosités choriales normales ou anormales. Dans le premier cas, nous avons eu une grossesse banale terminée par un accouchement à terme ou par un avortement ; dans le deuxième cas, une grossesse anormale terminée par l'expulsion d'une môle hydatiforme. Les villosités retenues dans l'utérus meurent et peuvent finir par disparaître, sans attirer l'attention, si la délivrance a été aseptique ; mais il est des cas aussi, où elles peuvent continuer à vivre, où elles peuvent proliférer, donner naissance à des formes de polypes dits polypes placentaires, et qui ont un pronostic bénin ; le processus de prolifération poussé un peu plus loin, avec des caractères de dégénérescence, nous amène à la production

d'une tumeur essentiellement maligne, qui est le chorio-épithéliome.

Etudions maintenant le mode de prolifération néoplasique ; on sait que les villosités placentaires, dites villosités choriales sont constituées par un stroma conjonctif riche en vaisseaux, qui reste séparé des lacunes sanguines utérines par deux couches d'éléments anatomiques : la couche directement appliquée contre le stroma des villosités, qui est formée de cellules du type épithélial, à limites nettes, claires, contenant chacune un gros noyau : la couche directement en rapport avec les lacs sanguins de la mère qui, est au contraire une masse protoplasmique sans divisions cellulaires, multinucléée.

La première couche est la couche des cellules de Langhans ; la deuxième est le syncytium plasmodial. Ceci donné, il est établi que le déciduome malin prend naissance par prolifération des éléments de revêtement des villosités choriales. Ces préliminaires étaient nécessaires pour faire comprendre l'historique que nous allons résumer.

La plus ancienne observation de déciduome daterait de 1872 (Netzel), mais le premier travail fondamental ne parut qu'en 1888. Son auteur Sängér fait l'étude clinique de la maladie ; pour lui le déciduome est une tumeur d'origine déciduale, c'est-à-dire, qui dérive de la caduque, d'où le nom de déciduome malin qu'il préconise. En 1894, MM. Nové-Josserand et Lacroix se rangent de son côté. Marchand au contraire soutient que la tumeur a une origine mixte ; elle serait d'origine fœtale par les cellules de Langhans, et d'origine utérine

par le syncytium. Hartmann et Toupet, vont plus loin : pour eux, l'origine de la tumeur est purement fœtale, et Durante, qui partage leur opinion, propose de dénommer celle-ci chorio-épithéliome, ce terme indiquant l'origine et la nature du processus.

De nos jours, la question a été nettement tranchée ; le déciduome est une tumeur exclusivement fœtale, car par des preuves histologiques, on a démontré que le syncytium que certains auteurs rattachaient à la caduque, est un résultat de transformation des cellules de Langhans.

Le chorio-épithéliome a été observé assez souvent en Allemagne, depuis qu'on le recherche systématiquement ; en France, au contraire, les cas publiés sont relativement rares ; il est fort possible que cela vienne de ce que nous n'examinons pas aussi régulièrement les produits de curettages *post partum* ou *post abortum*. Etant donné la question de rareté, nous avons cru utile à la fin de ce travail, de grouper à part l'ensemble des publications françaises pour faciliter les recherches.

---

## CHAPITRE II

### ETUDE CLINIQUE DU DÉCIDUOME MALIN

#### ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous avons déjà vu dans le chapitre précédent une partie de l'étiologie, et de la pathogénie, c'est-à-dire le rôle essentiel de la rétention intra-utérine de débris de villosités placentaires, normales ou anormales. Voyons maintenant quel rôle l'âge peut avoir sur l'évolution du déciduome. Pour tous les auteurs, l'âge le plus prédisposé est celui où la vie génitale de la femme est la plus intense, c'est-à-dire entre vingt-deux ans et trente-deux ans ; les limites extrêmes seraient dix-sept et cinquante-cinq ans. La multiparité joue aussi un rôle, contesté par les uns, admis par les autres (Mélan). MM. Bonnaire et Letulle font jouer un grand rôle étiologique dans le déciduome à l'endométrite ; pour eux, le déciduome débiterait au cours de la grossesse même, ce qui expliquerait d'ailleurs certains cas de métastases extraordinairement précoces et précédant l'accouchement. « La puerpéralité antécédente étant un des facteurs principaux de l'endométrite, on conçoit donc que c'est plus particulièrement chez les multipares que

se développent les placentomes ou tumeurs syncitiales » (Bonnaire et Letuelle, *Revue de Gyn*).

Le déciduome débute généralement deux ou trois mois après la dernière délivrance, parfois plus tard, on a vu des intervalles de un an, deux ans, trois ans, même peut-être de neuf ans (?) (v. Pozzi).

Nous devons maintenant estimer si les rétentions placentaires succédant, soit à une grossesse normale, soit à une môle, prédisposent plus ou moins au déciduome? La question peut être établie facilement par les statistiques, et nous pouvons dire d'emblée que la môle hydatiforme est l'état pathologique prédominant qui précède l'évolution du déciduome; nous pouvons sur ce point, citer l'avis compétent de MM. Bonnaire et Letulle, qui admettent « que toute femme ayant eu une môle hydatiforme doit être considérée pendant deux ou trois ans, à moins d'une grossesse normale, comme menacée de cancer décidual ».

Statistique de Ladinsky portant sur 128 cas de déciduome et leurs antécédents :

Comme antécédents du déciduome, cet auteur a trouvé :

51 cas de grossesse molaire.

42 cas de fausse couche.

28 cas de grossesse à terme.

4 cas d'avortement.

3 cas de grossesse tubaire.

Citons encore ce tableau si complet de Briquel, dressé au sujet des antécédents molaire du déciduome :

Nombre total  
des cas de déciduome Môle

| 1 A Pick 1897 . . . . .        | 13        | 7  | soit 53, 80/0 |
|--------------------------------|-----------|----|---------------|
| 2 Cazin 1896. . . . .          | 17        | 9  | — 53 —        |
| 3 Marchand 1895. . . . .       | 28        | 13 | — 46,4 —      |
| 4 Eiermann 1897. . . . .       | 35        | 18 | — 51,4 —      |
| 5 Uleko-Stroganowa . . . . .   | (40) 35   | 15 | — 42,8 —      |
| 6 Pestalozza 1895 . . . . .    | 41        | 20 | — 48,8 —      |
| 7 Spencer 1896 . . . . .       | 45        | ?  | — 45 —        |
| 8 Von Franqué 1896 . . . . .   | 49        | 23 | — 47 —        |
| 9 Lœnnberg-Mannheimer. . . . . | 53        | 24 | — 45,2 —      |
| 10 Resinelli 1898 . . . . .    | 54        | 25 | — 46,2 —      |
| 11 Holleman 1897. . . . .      | 62        | 30 | — 40,4 —      |
| 12 Segall 1897 . . . . .       | 65        | 33 | — 50,7 —      |
| 13 Metoz 1900 . . . . . {      | 69        | 35 | — 50,7 —      |
|                                | 98        | 48 | — 48,9 —      |
| 14 Mac Kenna . . . . .         | (78) 69   | 35 | — 50,7 —      |
| 15 Gondre 1900 . . . . .       | —         | —  | — 47 —        |
| 16 Veit 1899 . . . . .         | 89        | 40 | — 45 —        |
| 17 Ladinsky 1902. . . . .      | (134) 128 | 51 | — 39 —        |
| 18 Briquel 1903 . . . . .      | (240) 216 | 90 | — 41,4 —      |

Nous pouvons conclure par l'analyse de ces tableaux que, sur 100 cas de déciduome, 51 au moins sont dus à la dégénérescence des débris d'une môle hydatiforme, et 49 autres à des rétentions placentaires normales. En outre si l'on tient compte de la fréquence des rétentions après grossesse normale et de la rareté de la grossesse molaire, on peut voir le rôle particulièrement important de cette dernière dans l'étiologie du déciduome.

## SYMPTOMATOLOGIE

### 1° Signes fonctionnels.

Le début des signes fonctionnels dans le déciduome est généralement précoce, apparaissant dans le courant

des deux ou trois premiers mois qui suivent la dernière délivrance, parfois dans le premier mois (30 0/0 suivant Ladinsky). Nous avons vu d'ailleurs qu'exceptionnellement il peut se produire plus tardivement, au bout de six mois par exemple comme dans notre observation, au bout d'un an, de deux ans.

L'attention de la malade est attirée par des pertes rouges; ces pertes du début sont très polymorphes; tantôt, dans le cas d'accouchement molaire, la malade déclare avoir toujours eu des pertes rouges non interrompues depuis sa grossesse, tantôt elle ne se plaint que de la durée un peu prolongée de ses règles, de leur abondance anormale; tantôt au contraire la malade a de véritables métrorragies. Dans certains cas, comme dans le cas de notre malade, les pertes sont minimales, glaireuses, rosées, souvent continues, incommodantes par leur simple suintement. Le médecin, qui examine la malade à cette époque, la trouve généralement dans un excellent état de santé, ou tout au moins n'accusant que quelques sensations de gêne, de lourdeur dans le petit bassin.

Mais au bout d'un temps relativement court, deux mois, trois mois, les hémorragies deviennent plus abondantes; elles sont alors très caractéristiques, par leurs apparitions intempestives, leurs arrêts inopinés, mais surtout par leur résistance opiniâtre à tous les moyens de thérapeutique ordinaire, injections vaginales chaudes, hémostatiques, et même aux moyens chirurgicaux comme le curettage. Ce dernier moyen thérapeutique peut même provoquer leur recrudescence. L'état général de la malade commence à se ressentir

- de ces pertes répétées et devient mauvais. La malade pâlit, ses muqueuses se décolorent, une anémie progressive s'établit. La numération globulaire faite dans certains cas a montré que le nombre des globules pouvait tomber à 2.000.000 par millimètre cube (Métoz). Enfin, faisant contraste avec cette symptomatologie, les symptômes douloureux sont généralement très atténués; ils consistent chez notre malade en sensations douloureuses du côté de l'urètre au moment de la miction, durant aussi longtemps que celle-ci (notons aussi qu'il y avait des douleurs dans le petit bassin provoquées par le toucher et palper combinés).

Progressivement, les pertes augmentent et deviennent si abondantes, si profuses, qu'elles plongent la malade dans la cachexie et provoquent souvent des syncopes graves, mortelles même, nécessitant le tamponnement d'urgence. Elles ne sont plus franchement rouges, mais louches, purulentes, fétides. La température centrale, en s'élevant, indique l'apparition des infections secondaires intra-utérines.

Nous voyons enfin, bien souvent avant que la maladie en soit à ce stade avancé, apparaître des symptômes variables provoqués par les métastases du chorio-épithéliome. Ces métastases, qui se font surtout dans le poumon et le vagin, ne sont pas des complications de la maladie; on peut les considérer, en effet, étant donné leur précocité et leur fréquence, comme faisant partie intégrante de la symptomatologie typique. Leur importance est telle, que nous croyons utile d'en faire

un paragraphe à part, à la suite des symptômes physiques du déciduome.

## 2° Signes physiques.

Les signes physiques du début sont souvent difficiles à apprécier, ou tout au moins à diagnostiquer, par exemple comme dans notre cas, où le premier toucher et palper combinés, conseillé par prudence à la malade à cause de sa grossesse molaire, fit songer uniquement à une salpingite droite. (Et notons que dans notre observation, M. le professeur Pollosson avait particulièrement insisté sur des examens réguliers, pour dépister l'évolution d'une tumeur post-molaire.)

L'utérus paraît souvent à ce moment un peu gros, le corps un peu mou, le col ramolli. L'organe entier est libre, mobilisable. A la période d'état, le corps utérin peut atteindre le volume d'un utérus gravide de trois ou quatre mois, il est toujours mou, souvent présente des nodosités sous-péritonéales, peut être adhérent aux organes voisins. Le col est ramolli et entr'ouvert, laissant facilement pénétrer le doigt dans la cavité utérine (signe caractéristique). Au toucher intra-utérin « on sent au fond de l'utérus, au niveau de l'insertion placentaire, un bourgeon mou, friable, saignant, bien localisé et dont l'ongle ramène facilement des débris » (Trillat et Violet). La cavité utérine est augmentée de longueur (12, 15, 18 centimètres, d'après Briquel).

Enfin, en palpant les culs-de-sac vaginaux, on constate très souvent des noyaux secondaires dans les ligaments larges.

### 3° Métastases.

Depuis ces dernières années, on sait qu'au cours d'une grossesse normale des éléments placentaires des villosités choriales peuvent, par voie sanguine, être transportés dans les divers organes de l'économie, et cela sans provoquer de symptômes pathologiques. Dans les cas de rétention placentaire, avec dégénérescence maligne, il n'en est plus de même; les embolies cellulaires sont alors de véritables métastases néoplasiques.

Les métastases du déciduome se font uniquement par voie sanguine, elles sont extrêmement fréquentes et font la gravité de la maladie; nous allons les étudier en détail, et c'est à leur sujet que nous pourrons faire l'étude des diverses modalités du début de l'affection. En effet, les métastases peuvent apparaître dès le début de la rétention placentaire et donner naissance à des symptômes variables, suivant leurs localisations et précédant de longtemps les symptômes utérins. Citons, par exemple, le cas de Büsse, où le début du déciduome est marqué par une hémiplégie succédant à une embolie de l'artère sylvienne; le cas de Devis débutant par des troubles mentaux, de la cachexie, des métastases pulmonaires, sans que l'on ait trouvé, même macroscopiquement, de tumeur utérine: enfin, d'autres cas plus fréquents, où une métastase vaginale attira l'attention du côté de l'utérus, où une métastase pulmonaire provoqua tous les symptômes fonctionnels et physiques d'un infarctus.

Les métastases pulmonaires qui, suivant Metoz, exis-

tent dans 50 cas sur 100 cas de métastases, peuvent se produire pendant tout le cours de la maladie, donnant des infarctus, provoquant des crises de dyspnée, simulant la tuberculose par la toux, l'expectoration, les hémoptysies (avec ce caractère particulier de se localiser surtout à la base et au sommet du poumon). Nous ne pouvons pas affirmer si, dans notre observation les symptômes douloureux, accusés par la malade au niveau du thorax sont dus à des métastases, mais ceci est cependant fort probable.

Les métastases vaginales apparaissent entre le troisième ou le sixième mois, après la dernière grossesse, parfois seulement vers le douzième, quinzième mois (on en a vu se produire déjà à la fin de la grossesse et ceci est peu expliqué). Elles sont uniques ou multiples, localisées surtout au niveau du vestibule, des parois antérieure et postérieure du vagin, au niveau des grandes lèvres; dans notre cas, la métastase vaginale, unique, partait de l'utérus et venait jusqu'au méat, sous la forme d'un bourrelet mou, et qui, sans doute, était la cause des douleurs à la miction. Ces métastases vaginales sont sous-muqueuses, ont l'aspect de nodosités variqueuses, à couleur bleu-noirâtre; au début, la muqueuse ne leur est pas adhérente, mais bientôt elle s'ulcère, et la tumeur métastatique donne lieu à des hémorragies rebelles, parfois graves.

Nous allons maintenant énumérer rapidement les autres métastases qui ont été observées un peu partout :

Trompes, ligaments larges et ronds, ovaires, tissu cellulaire pelvien, reins, rate, foie, urètre, ganglions médiastinaux (Kelb) et mésentériques, capsules surré-

nales, corps thyroïde (Krebs), os du bassin, fémur, plèvres, pancréas, cœur, estomac, méninges cerveau, ganglions lombaires (Marchand, Pestalloza).

### ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic du déciduome malin est grave, étant donné la fréquence des métastases. Dans les cas non traités, ou incomplètement, ou tardivement, la mort survient au bout de six ou sept mois, un an, deux ans parfois (Bacon). Pourtant, ces dernières années, on aurait observé des cas de guérison spontanée, par régression progressive de la tumeur et même des métastases. Malgré tout, le pronostic est grave et la mort peut survenir par :

1. Hémorragies successives et cachectisantes;  
Hémorragies foudroyantes syncopales;
2. Infections surajoutées (fièvres septicémiques, phlébite);
3. Perforation utérine provoquant soit une hémorragie mortelle, soit une péritonite aiguë;
4. Cachexie pure;
5. Métastases.

Statistique de Ladinsky : Mort par métastases,  
64 pour 100;

Mort par hémorragies, 20 pour 100;

Mort par perforation, 4 pour 100;

Mort par cachexie, infection, 2 pour 100.

## DIAGNOSTIC

### 1<sup>o</sup> Diagnostic clinique.

Souvent très difficile au début. Dans tous les cas où l'on a à traiter des hémorragies apparaissant quelque temps après un accouchement normal, un avortement et surtout une môle, on devrait penser à la possibilité du chorio-épithéliome; il est fort probable que, dans ce cas, on constaterait plus fréquemment l'existence du déciduome malin. Enfin, chaque fois qu'après avoir traité par un curettage des hémorragies *post partum*, *post abortum*, *post-molaire*, on constate que ces hémorragies persistent, se méfier d'un processus néoplasique et ne pas porter trop vite le diagnostic d'endométrite hémorragique.

Nous admettons aussi que toute femme qui a eu une grossesse molaire doit être soupçonnée pendant longtemps de pouvoir présenter des signes de chorio-épithéliome; l'observation de notre malade est typique à ce point de vue, puisque les examens successifs que celle-ci subit firent suivre d'une façon parfaite l'évolution de sa maladie et que l'on eut connaissance ainsi d'une évolution pathologique avant tout symptôme fonctionnel.

Nous admettons donc qu'à la suite d'une grossesse molaire, l'apparition précoce et l'accroissement rapide d'une tumeur utérine, pouvant s'accompagner de noyaux de généralisation vaginale, doivent faire poser le diagnostic de tumeur maligne chorio-épithéliomateuse, en l'absence même de toute hémorragie utérine.

Faut-il pratiquer le toucher intra-utérin pour trancher le diagnostic? Oui, au début de l'affection, quand le diagnostic est douteux; non, quand les autres signes caractéristiques sont nets, car alors la tumeur peut être assez avancée pour qu'un toucher intempestif provoque une hémorragie péritonéale ou externe grave.

Pour conclure, nous baserons notre diagnostic :  
1° Sur les antécédents de grossesse, d'avortement, de *môle hydatiforme* récents; 2° sur les hémorragies consécutives qui persistent malgré tous les moyens thérapeutiques, en particulier malgré le curettage; 3° sur l'évolution d'une tumeur utérine d'allure extraordinairement rapide dès ses premiers symptômes (voir notre cas où la tumeur changea de caractère complètement en l'espace de deux mois); 4° sur l'examen des produits de curettage que nous allons exposer maintenant.

## 2° Diagnostic des produits de curettage.

Ce diagnostic, très important, présente des difficultés assez grandes et réclame, en tous cas, une grande habitude de la part de l'observateur.

Il s'agit de constater dans des produits de curettage *post partum*, *post abortum* ou *post-molaire* si les villosités choriales en rétention sont mortes et en voie de sclérose et de régression ou bien si, au contraire, elles prolifèrent.

1° Dans le premier cas, c'est-à-dire dans le cas où les villosités sont destinées à disparaître progressivement, on constate tous les signes des tissus morts,

coloration peu nette du protoplasme, noyaux mal colorés ayant souvent disparu, stroma central de la villosité chorale dégénéré et dépourvu de ses vaisseaux, enfin cellules de revêtement, couche syncytiale ou cellules de Langhaus disparues. Parfois, dans les espaces intervillositaires, on constate de grosses cellules granuleuses venant de la caduque.

2° Dans le second cas, c'est-à-dire dans le cas où les villosités vont proliférer et donner une néoplasie bénigne ou maligne, les produits du curettage sont bien différents. On peut trouver encore des villosités à forme typique au début; plus tard, on ne trouve que des amas de tissus rougeâtres friables qui, examinés au microscope, paraissent constitués par des amas cellulaires fortement colorés par l'éosine, à noyaux multiples, et plongés dans des foyers sanguins récents ou fibrineux. Dans ce cas, la franche coloration des éléments et des noyaux, la présence de foyers hémorragiques et de cordons cellulaires plus ou moins abondants du type plasmodial font porter le diagnostic de prolifération néoplasique des villosités chorales.

Quel pronostic porter? A-t-on devant les yeux une prolifération simplement bénigne en rapport avec une tumeur chorale polypeuse ou bien une prolifération chorio-épithéliomateuse? Il est très difficile de se prononcer pour l'une ou pour l'autre et la majorité des auteurs croient qu'il « n'existe actuellement aucune différence histologique entre une prolifération maligne et une prolifération bénigne » (Trillat et Nolet).

Nous rappellerons aussi que certaines tumeurs utérines, comme le sarcome de la muqueuse, peuvent donner

dans les produits de curetage de grosses cellules géantes avec des foyers hémorragiques qui peuvent compliquer encore le diagnostic.

Dans les produits de curetage post-molaire, il est également très difficile de dire si les villosités qui n'ont pas encore proliféré ont un caractère bénin ou malin.

Nous concluerons donc sur la question des curetages que leur examen histologique ne peut faire trancher le diagnostic, mais que, cependant, toute prolifération anormale doit attirer fortement l'attention du médecin et l'obliger à une surveillance attentive en cas d'évolution possible d'une tumeur maligne.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

### 1° Macroscopiquement.

A. *Examen externe de l'utérus.* — Utérus augmenté de volume, mou, bosselé parfois; dans certains cas, la tumeur fait une saillie rouge sur la paroi utérine externe, comme dans notre observation; elle est généralement unique, adhère parfois aux organes voisins, comme dans un cas de Smit (Vienne) où elle avait perforé la paroi utérine, fait saillie au milieu des anses intestinales et contracté des adhérences avec l'S iliaque. Le col est ramolli, entr'ouvert, laisse facilement pénétrer le doigt.

B. *Examen interne de l'utérus.* — La cavité utérine est augmentée de longueur (9, 10, 12 centimètres d'après Briquel) et rendue irrégulière par la présence

de la tumeur. Celle-ci siège de préférence sur le fond utérin; tantôt elle a la forme d'un polype à pédicule assez grêle, tantôt la forme d'un polype à large pédicule bombant dans la cavité. Au début, elle n'est pas ulcérée (Voir votre cas), mais tranche pourtant par ses taches hémorragiques et sa mollesse au toucher sur le muscle utérin sain qui est beaucoup plus dur. Dans la majorité des cas, la tumeur est ulcérée, sa surface est irrégulière, villeuse, saignotante, rouge; le doigt entre sans résistance en plein tissu et arrache facilement des débris avec l'ongle.

C. *Examen de la tumeur.* — Sur une coupe au bistouri, la tumeur présente, surtout en son centre, de nombreux foyers hémorragiques récents ou anciens lui donnant un aspect truffé. La consistance est extrêmement friable au centre, plus ferme à la périphérie à mesure que l'on approche du muscle utérin. Du côté de la cavité utérine, la muqueuse a généralement disparu; du côté de la cavité abdominale, le péritoine est tantôt intact, tantôt réduit à une lame fibreuse, tantôt complètement détruit. Enfin, le muscle utérin se distingue aussi assez bien du tissu de la tumeur par sa consistance ferme, sa couleur claire, blanchâtre contrastant avec la couleur rouge noirâtre des tissus néoplasiques.

D. *Examen des noyaux de généralisation.* — A la coupe, ces noyaux présentent l'aspect de la tumeur primitive, par leur couleur hémorragique et leur friabilité particulière au milieu des tissus sains.

2° **Microscopiquement.**

Le déciduome, au point de vue histologique, est essentiellement constitué par des masses protoplasmiques multinucléées représentant le syncytium plasmoidal, disposées en cordons pleins plus ou moins déchiquetés et bordés en certains points par des cellules claires, mononucléées, en amas, représentant les cellules de Langhaus. (Signalons que ces dernières n'existent pas obligatoirement.) Les masses plasmodiales que nous avons décrites sont plongées dans des foyers sanguins récents ou anciens, où l'on peut reconnaître parfois les globules rouges, ou dans des foyers fibrineux. Jamais on ne constate de vaisseaux sanguins dans la tumeur. Dans les coupes faites à la périphérie de la tumeur, on constate les altérations progressivement croissantes des fibres musculaires utérines, on peut distinguer encore des vaisseaux utérins qui contiennent dans leur cavité des amas syncytiaux qui seront l'origine d'embolies métastatiques. En somme, la tumeur présente deux zones : 1° Une zone centrale, hémorragique, à caillots, à tissus néoplasiques plus ou moins nécrosés; 2° une zone périphérique à tissus néoplasiques plus typiques infiltrant progressivement les tissus sains.

D'après Marchand, il faut distinguer dans les chorio-épithéliomes deux formes : 1° La forme typique où l'on peut reconnaître encore une prolifération rappelant la topographie d'une villosité choriale; 2° la forme atypique où les éléments néoplasiques prolifèrent irrégulièrement et n'ont plus un caractère typique aussi franc.

## TRAITEMENT

Nous envisagerons trois modes de traitement : le traitement palliatif, le traitement curatif, le traitement préventif.

### 1<sup>o</sup> Traitement préventif.

Consiste à surveiller les délivrances avec le plus grand soin, à examiner l'arrière-faix tout entier, et à s'assurer de son expulsion totale; dès qu'on a le moindre doute sur la possibilité de la rétention de quelques débris placentaires dans l'utérus, faire un curettage manuel intra-utérin immédiat, suivi d'une injection antiseptique. Par ce moyen, on évitera non seulement l'infection puerpérale ordinaire, mais aussi le développement d'une tumeur placentaire. Tout ceci a trait aux accouchements normaux ou aux avortements.

Dans le cas de môle hydatiforme, il est toujours difficile de savoir si celle-ci a été expulsée en totalité; dans un très grand nombre de cas, il reste dans l'utérus quelques vésicules. Aussi certains auteurs conseillent-ils de toujours faire après une expulsion provoquée ou spontanée de môle un curage manuel immédiat, où même un curettage instrumental (Barozzi, voir *la Gynécologie*, 1904.). M. Bonnaire (voir th. de Métoz) conseille dans ce cas d'agir de la façon suivante : Quand on a provoqué l'expulsion de la môle ou quand la môle s'est expulsée spontanément, vider utérus par un curage digital ou avec une curette

mousse; faire un lavage intra-utérin antiseptique. Introduire une mèche et attendre dix jours. Au bout de ce temps seulement, on peut pratiquer un véritable curettage instrumental, et M. Bonnaire donne comme raison de cette intervention un peu tardive l'état de mollesse de l'utérus après l'accouchement, et, par suite, les dangers de perforation possible par un curettage énergique; enfin, il indique aussi l'irrégularité de la cavité utérine, à ce moment, qui s'oppose à un curettage parfait.

Signalons en terminant que si, malgré ces soins, des hémorragies apparaissent, il faut pratiquer d'emblée l'hystérectomie préventive, même quand le toucher intra-utérin est négatif.

#### 2° Traitement curatif.

Ce traitement est institué dans tous les cas où le diagnostic de déciduome malin est nettement établi. Il consiste dans la pratique du curettage et de l'hystérectomie.

A. *Curettage*. — Pratiqué très fréquemment au début comme traitement, il donne les résultats suivants : arrêt des hémorragies, amélioration de l'état général. Les premiers auteurs qui se sont occupés du déciduome ont cru à son efficacité curative; il est évident, d'ailleurs, que, dans un certain nombre de cas, la guérison fut définitive. Mais, malgré tout, c'est un traitement très infidèle. Signalons, d'abord, qu'au cours de son exécution on a pu perforer l'utérus, dont la paroi était réduite au feuillet péritonéal, et donner

ainsi naissance à une hémorragie interne, à une péritonite aiguë; qu'on a vu les hémorragies augmenter et persister, et qu'on a provoqué par le grattage l'évolution de métastases rapides par embolie sanguine; enfin, dans la majorité des cas, après une guérison trompeuse, on a vu des métastases se généraliser, indiquant l'évolution fatale de la maladie, trop avancée pour permettre une intervention par hystérectomie.

Citons à ce propos ce que pense Littauer du curetage; dans sa monographie, cet auteur cite un cas de chorio-épithéliome dont le diagnostic était établi histologiquement, il se contenta de pratiquer un curetage, la malade désirant avoir des enfants; le traitement fut suivi de guérison persistant quinze mois après, et confirmé par un nouveau curetage explorateur. L'auteur croit à une guérison, mais il laisse subsister un doute, Eiermann ayant eu dans un cas une récurrence quatre ans après un curetage, Fleischmann deux ans et demi après.

Un autre auteur, Grein, a observé dans sa pratique un cas identique, mais il considère que jamais on est en droit d'affirmer, à la suite d'un curetage, qu'on a enlevé toute la tumeur, car celle-ci, en effet, peut avoir pénétré dans les interstices musculaires de l'utérus, et avoir donné des prolongements qui sont à l'abri de l'action destructive de la curette.

Nous concluons donc, avec la majorité des auteurs, que le curetage n'est pas un traitement curateur fidèle, qu'on doit le rejeter, en général, et ne le pratiquer, peut-être quelques fois, que dans des cas particuliers, par exemple chez une femme jeune qui veut avoir des

enfants et ne saurait, pour cette raison, accepter une hystérectomie. Dans ce cas, il convient d'engager la malade à se soumettre régulièrement à des examens gynécologiques pendant un temps assez long.

B. *Hystérectomie*. — L'hystérectomie est le traitement de choix du déciduome bien constaté, au point de vue clinique et histologique. C'est aussi le traitement de choix dans le cas d'hémorragie intra-péritonéale, succédant à un déciduome et nécessitant une intervention d'urgence. Dans ce mode de traitement, on a la garantie absolue d'enlever la tumeur tout entière et de prévenir les métastases, si elles ne se sont pas encore produites.

a) *Hystérectomie vaginale* ; au début des travaux sur le déciduome, a été assez préconisée ; mais ce mode d'intervention est un peu aléatoire ; il n'est pas à préconiser dès que le processus pathologique a dépassé les limites de l'utérus ; enfin, il ne permet pas de se rendre compte de l'existence, dans le paramètre, de noyaux secondaires qui auraient pu échapper à l'examen physique par le toucher et palper combinés. Aussi, actuellement, les préférences sont-elles pour l'hystérectomie abdominale.

b) *Hystérectomie abdominale* : Dans ce mode de traitement, on peut se rendre compte, au maximum, de l'état des organes voisins de l'utérus, du degré de propagation de la tumeur, de ses adhérences possibles avec l'intestin, de l'état des ligaments larges et des annexes ; l'on peut donc facilement agir en connaissance de cause. Dans l'hystérectomie ainsi pratiquée, il est inutile de chercher à faire la dissection des gan-

gliions, la tumeur ne se propageant pas par les lymphatiques. Indiquons encore que l'hystérectomie totale est préférée, par la majorité des auteurs, à l'hystérectomie partielle sus-vaginale.

c) Colpo-hystérectomie en bloc : Dans le cas où la tumeur a donné naissance à des noyaux de propagation dans le vagin, dans les ligaments larges, il faut préconiser la colpo-hystérectomie en bloc que M. le professeur Pollosson a lui-même pratiquée, et qui consiste dans l'ablation, en une masse unique, du noyau principal utérin, et des noyaux secondaires vaginaux et intra-ligamentaires, après dissection des uretères.

Quel pronostic porterons-nous à la suite des hystérectomies ? Nous allons présenter sur ce point plusieurs statistiques :

Eiermann, sur 30 hystérectomies :

3 décès post-opératoires ;

11 cas de guérison sans récurrence.

Les autres cas récidivés au bout d'un, deux, trois ans.

Ladinsky, sur 124 cas :

51 guérisons, 73 morts.

Briquel, statistique portant sur l'ensemble des succès thérapeutiques :

Après accouchement normal .  $12/21 = 57\ 0/0$

— avortement. . . . .  $20/34 = 58,8\ 0/0$

— môle. . . . .  $37/54 = 68,5\ 0/0$

— grossesse tubaire. . . . .  $1/3 = 33,3\ 0/0$

Au total. . . . .  $72/144 = 63,15\ 0/0$

En somme, d'après Briquel, il y aurait 63 pour 100 de guérisons après traitement par hystérectomie ; les

cas de morts seraient dus à des complications post-opératoires, mais surtout à des métastases plus ou moins tardives (64 à 69 pour 100 des cas opérés récidivés) pouvant apparaître plusieurs années après.

Avant de terminer cette question, signalons que très souvent des malades présentant des signes manifestes de métastases avant leur opération, ont vu celles-ci régresser, après l'hystérectomie, et disparaître. Par suite, si une femme présentant des signes de métastases demande une hystérectomie curative, et qu'on la trouve dans un état général assez bon pour supporter une intervention chirurgicale, il ne faut pas hésiter à lui offrir cette dernière chance possible de guérison.

### 3° **Traitement palliatif.**

Nous n'insisterons pas sur ce mode de traitement, à appliquer dans les cas désespérés. Peu de curettages, à cause de la friabilité utérine ; peu de caustiques, comme le chlorure de zinc. Se contenter de faire des injections antiseptiques, de pratiquer des tamponnements vaginaux, de donner, en injections sous-cutanées ou en ingestion, les hémostatiques ordinaires ; traiter enfin les métastases de façon appropriée suivant leur localisation ; soulager la malade par l'opium, si elle présente des symptômes douloureux.

---

## CONCLUSIONS

---

I. Le chorio-épithéliome se développe surtout à la suite de grossesse molaire ; il est donc nécessaire d'avoir l'attention éveillée sur la possibilité du développement d'une semblable tumeur, chaque fois qu'une femme a expulsé une môle.

II. Le chorio-épithéliome apparaît, le plus souvent, sous forme d'hémorragies utérines résistant à tout traitement. Après une évacuation utérine digitale ou instrumentale de débris placentaires, on voit la récurrence ou la réapparition de masses néoplasiques, d'aspect placentaire.

III. *L'évolution rapide d'une tumeur utérine, à la suite d'une grossesse molaire, et l'apparition de noyaux de généralisations vaginales peuvent faire faire le diagnostic de chorio-épithéliome en l'absence de toute perte utérine et de toute hémorragie.*

IV. *Le traitement chirurgical précoce, hystérectomie ou colpo-hystérectomie peut donner des résultats durables, même dans les cas où il existait des noyaux de généralisation.*

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
POLLOSSON (A.).

Vu :

LE DOYEN,  
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 juin 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
P. JOUBIN.



## BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

---

- BRIQUEL, *Tumeurs du placenta* (thèse de Nancy, 1903). Contient la bibliographie complète des publications antérieures à 1903 sur le deciduome malin, que nous ne ferons pas ici.
- FRANQUÉ, Ueber Chorioepithelioma malignum (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIX, Hft 1, p. 63).
- REEB, Beitrag zur Lehre des Chorio-epithelioma malignum nebst Bemerkungen uber Diagnosenstellung desselben (*Arch. f. Gyn.*, 1904).
- CURTIS et OUI, Anatomie pathologique du polype placentaire (*Annales d'obst. et gyn.*, 1904).
- BLACKER, Chorion-epithelioma of the uterus with secondary growths in the vagina, the lungs and the liver (*Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904).
- FARLAND, Body defenses and syncytioma malignum (*Ann. J. of obst.*, 1904).
- LITTAUER, Beitrag zur Frage der Malignitat des Chorion-epithelioms (*Arch. f. Gyn.*, 1904). Résumé dans les *Annales d'obst. et gyn.*, 1904.
- GREIN, Ein Fall von Chorioepithelioma malignum nebst einigen Bemerkungen über Spontanheilung und Therapie bei dieser Erkrankung (*Arch. f. Gyn.*, 1904). Résumé dans les *Annales d'obst. et gyn.*, 1904.
- MALCOLM et BELL, Chorioepithelioma following hydatidiforme Mole (*Trans. of the Soc. of London*, t. XLV, p. 483).
- BAROZZI, Le deciduome malin (*la Gynécologie*, 1904).
- KRUENBERG, Ueber die Diagnose des malignen Chorionepithelioms Blasenmole nebst Mitteilung eines neues Falles (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 76).
- LESNÉ et MARCILLE, Déciduome malin (*Tribune médicale*, 1904).
- MONOD, Sur le deciduome malin (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1905).

- NABUCQ DE GOUVET, Du chorio-épithéliome malin de Marchand (*la Gynécologie*, 1904).
- EMANUEL, Ueber Chorionepitheliome (*Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1905).
- René KÖNIG, Môle hydatiforme maligne. Métastases chorio-épithéliomateuses dans le poulmon (*Ann. d'obst. et gyn.*, novembre 1905).
- HUGUENIN, Contribution à l'étude des tumeurs épithéliales du placenta (*Ann. d'obst. et gyn.*, 1905).
- SCHMORL, Ueber das Schisal embolisch verschleppter Placentarzellen (*Teut. f. Gyn.*, 1905).
- DURANTE et PICQUE, *la Gynécologie*, 1905.
- VEIT, Analyse in *Ann. d'obst. et gyn.*, 1905. Déportation des villosités et leur conséquence.
- Verschleppung von Zotten und ihre Folgen (*Zeitsch. f. Gyn.*, 1904).
- ESTÉOULE, *les Polypes placentaires* (thèse de Paris, 1904-1905).
- POZZI, *Traité de gynécologie*, p. 605, t. I, 4<sup>e</sup> édit., 1905.
- René MARIE, *Chorio-épithéliome du vagin*, 1905, p. 705.
- FISCHER, Chorio-epitheliome u. Luteincysten (*Deutsche med. Woch.*, 1905).
- FLEISCHMANN, Beitrag zur Frage der Spontanheilung des Chorionepithelioms (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905).
- V. PITHA, Tumeurs du placenta (*Ann. d'obst. et gyn.*, 1906).
- Samuel GACHE et Manuel BEATTI, Chorio-épithéliome. Hystérectomie. Guérison (*Ann. d'obst. et gyn.*, 1906).
- THIÉRY, Déciduome bénin (*Bull. et Mém. Société de chirurgie de Paris*, juillet 1906).
- AHERN, Chorio-épithéliome (*Bulletin médical de Québec*, 1906).
- KLINGE, Chorio-épithéliome, Mitteilung eines falles (*Mon. f. Geb. u. Gyn.* März, 1907).
- WALTHARD, Zur Ätiologie des chorionepitheliome ohne Primartumor im Uterus (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIX, Hft 3, 1907).
- OLIVER, Two intesting neoplams of the uterus : a) proliferous cystic disease ; b) chorion epithelioma (*Edinb. med.*, 7 juin 1907).
- TRILLAT et VIOLET, *Contribution à l'étude du déciduome malin*, 1907.
- BAUER, Chorion epithelioma malignum nach Blasenmole und nach abortus (*Deutsche med. Woch.*, 1907).
- BLACKER, A case of chorion epithelioma of the uterus with

- lutein cysti in both ovaries (*J. of obs. et gyn. Bith. Emp.*, 1905).
- GRIFFITH, A case of chorion epithelioma complicated by hæmatometra (*J. Obst. u. Gyn. of Brith. Eemp.*, août 1907).
- Paul KRÖMER, Klinische Beobachtungen über aetiologie und Therapie des Chorionepithelioms, ins besondere über die Behandlung der Blasenmole (*Deutsche med. Woch.*, 1907).
- SWAGNE, Chorio-epithelioma (*British med. Jt.*, 1907).
- FERGUSON, Chorioendotheliome of uterus; intraperitoneale hæmorrhagie. Hysterectomie (*Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1907).
- PORTER, Deciduome malignum (*Ann. J. Obst.*, 1907).
- STONÉ, Chorio-epithelioma (*Ann. J. Obst.*, 1907).
- ANSPACH et ALBARGER, Chorioepithelioma of the uterus (*Ann. J. of the med. Sc.*, mars 1908).
- LAEB, The production of deciduomata (*The Journal of the Am. med. As.*, 1908).
- SIEGEL et DELVAL, Polype placentaire (*Ann. d'obst. et gyn.*, 1908).
-



## BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE

---

### Période antérieure à 1880.

- ROBIN, Recherches sur les modifications graduelles des villosités du chorion et du placenta (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, Paris, 1854).
- CHARPENTIER, *Maladies du placenta et des membranes* (thèse agrégation, Paris, 1869).

### De 1880 à 1890.

- DUCHAMP, *des Altérations des villosités choriales* (thèses agrégation, Paris, 1880).
- AUVARD, Tumeurs plantaires de nature fibro-vasculaire (*Archives de Toc.*, 1888).
- GUÉNIOT, Tumeur solide du placenta. Hypergenèse des éléments normaux (*Bull. et Mém. Soc. Obst.*, Paris, 1888).
- KLASSON, Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus (*Ann. de gyn. et obst.*, 1889).

### De 1890 à 1900.

- JAEGLE, *les Polypes placentaires* (thèse de Lyon, 1893-1894).
- JEANNEL, du Déciduome malin (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1894 ; *Archives méd. Toulouse*, 1895).
- BEACH, *du Déciduome malin* (thèse de Paris, 1894-1895).
- NOVÉ-JOSSERAND, Déciduome malin (*Lyon médical*, 1894 ; *Province médicale*, 1894 ; *Société des Sciences médicales*, Lyon, 1894).
- NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX, Sur le déciduome malin (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1894).
- PAVIOT, Un cas de déciduome malin (*Lyon médical*, 1894, *Province médicale*, t. VIII).
- Un Cas de déciduome malin avec noyaux métastatiques multiples (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1894).

- PUECH, Montpellier. Rétention prolongée du placenta et des membranes après avortement (*Presse médicale*, 1894).
- LEJARS et LÉVI, Polype placentaire intra-utérin d'apparence fibrineuse (*Bulletin Soc. anat.*, Paris, 1895).
- LAUNAY, Hématocèle par rupture d'une trompe gravide. Opération huit ans après l'époque probable de l'avortement tubaire. Existence de villosités choriales dans les caillots (*Gazette des hôpitaux*, 1895).
- HOBBS et COÿNE, Déciduome bénin (*Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux; Journal de médecine de Bordeaux*, 1896).
- BELLIN, *Contribution à l'étude des rapports de la môle hydatiforme et du déciduome malin* (thèse de Paris, 1896-1897).
- CAZIN, des Déciduomes malins, étude clinique et anatomopathologique (*la Gynécologie*, 1896, t. I, n° 1).
- DURANTE, du Déciduome malin ou épithéliome ectoplacentaire (*Revue. méd. de la Suisse romande*, 1896).
- LEGUEU et MARIEN, Note sur une tumeur déciduale de l'utérus (*Bulletin Soc. anat. de Paris*, 1896).
- LEJARS, Leçons de chirurgie, Paris, 1896. Polypes et faux polypes de l'utérus.
- Benjamin SÉGALL, *Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin* (thèse de Paris, 1896-1897) (*Revue de gyn. obst.*, 1897).
- HARTMANN et TOUPET, *Annales de gynécologie*, avril 1895.
- LOUVRIER (J.), *du Déciduome malin ou épithélioma ectoplacentaire* (thèse de Montpellier, 1897).
- MONOD et CHABRY, Note sur un cas de déciduome malin suivi de l'examen anatomique de la pièce (*Revue gynécol.*, 1897).
- PICON et RAMOND, Polype placentaire (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1898).
- VAUTRIN, Déciduome malin (*Compte rendu annuel et procès-verbaux des séances de la Société de médecine de Nancy*, 1899-1900).

#### De 1900 à 1909

- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE, *Précis d'obstétrique* Masson, 1900.
- RISPAL, Déciduome malin (*Société anatomo-clinique de Toulouse*, 1900; *Echo médical*, série II, 1900).
- MÉTOZ (J.), *du Déciduome malin* (thèse de Paris, 1900).

- DOPTER, Sur un cas de sarcome angio-plastique (*Archives de médecine expérimentale*, 1900, n° 6).
- CURTIS et OUL, Anatomie pathologique du polype placentaire (*An. d'obst. et gyn.*, 1904).
- BAROZZI, le Déciduome malin (*la Gynécologie*, 1904).
- HUGUENIN, Contribution à l'étude des tumeurs épithéliales du placenta (*Ann. d'obst. et gyn.*, 1905).
- MONOD, Sur le déciduome malin (*Bull. mens. Soc. chir.*, 1905).
- LESNÉ et MARCILLE, Déciduome malin (*Tribune médicale*, 1904).
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU, *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1901, art. VI.
- BONNAIRE et LETULLE, le Déciduome malin dans ses rapports avec la môle hydatiforme (*Revue de gynécol.*, t. V, 1901, n° 3).
- BUDIN, Déciduome malin (*Traité de l'art des accouchements*, par Tarnier et Budin, t. IV, 1901).
- VAUTRIN, Placentome malin, hystérectomie abdominale totale (*Société médicale de Nancy*, 1901).
- GONDRE, de l'*Epithélioma ectoplacentaire* (thèse de Toulouse, 1901).
- HOCHE et BRIQUEL, les Déciduomes vrais (*Arch. de médecine expérimentale*, 1903).
- BRIQUEL, *Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires* (thèse de Nancy, 1903) (bibliographie très fournie jusqu'en 1903).
- POZZI, *Traité de gynécologie*, p. 605, 4<sup>e</sup> édit., 1905.
- DUPLAY, *Chorio-épithéliome primitif du vagin* (thèse de Paris, 1905).
- ESTÉOULE, *les Polypes placentaires* (thèse de Paris, 1904-1905).
- DURANTE et PICQUE, *la Gynécologie*, 1905.
- THIÉRY, le Déciduome bénin (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1906).
- RENÉ-MARIE, Chorio-épithéliome du vagin (*Société anatomique*, 1904 ; *Ann. d'obst. et gyn.*, 1907).
- TRILLAT et VIOLET, *Contribution à l'étude du déciduome malin*, 1907, Prix Bouchacourt.
- SIEGEL et DELVAL, Polype placentaire (*Ann. d'obst. et gyn.*, 1908).
- A. POLLOSSON, *Société de chirurgie de Lyon*, 1909.
-



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS. . . . .                                                                                     | 9  |
| OBSERVATION. — Un cas de déciduome malin ou chorio-<br>épithéliome. . . . .                               | 11 |
| CHAPITRE PREMIER. — Définition du déciduome malin ou<br>chorio-épithéliome. Pathogénie et historique. . . | 21 |
| CHAPITRE II. — Etude clinique du déciduome malin. . .                                                     | 24 |
| Etiologie et pathogénie . . . . .                                                                         | 24 |
| Symptomatologie. . . . .                                                                                  | 26 |
| Evolution et pronostic. . . . .                                                                           | 32 |
| Diagnostic . . . . .                                                                                      | 33 |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                                           | 36 |
| Traitement. . . . .                                                                                       | 38 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                                     | 45 |
| BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE . . . . .                                                                          | 47 |
| BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE. . . . .                                                                          | 51 |





